



Gracias por seleccionarnos para proveer sus necesidades orales de salud. Prometemos proporcionarle lo mejor con Excelencia, Valor, y el Cuidado en la odontología y esperamos llegar a ser una oficina dental a la que usted llegue a adorar y referiera a familia y amigos.

Informacion de Remision (¿Qué le convenció a que nos visiten?)

- Remision(¿Quien?) _____
- Ubicacion _____
- Publicidad (Cual?) _____
- Otros (Porfavor describir) _____

Informacion del Paciente

Nombre Completo _____
Nombre Preferido: _____ Fecha de Nacimiento _____
SS#: _____ Correo electronico(appt.recordatorios /facturas ect.): _____
Empleador: _____
Teléfono Móvil- _____
Teléfono de Trabajo- _____
 Casado, Soltero, Niño/a, Viudo, Divorciado

Información sobre el hogar (Sólo es necesario completar esta sección una vez por familia)

Guardián: _____ Relación: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono de casa: _____ Teléfono Móvil: _____

Información del Seguro (Asegúrese de tener una copia de su tarjetas de seguro primaria y secundaria).

Nombre del subscriptor _____
SS#: _____ Fecha de nacimiento del subscriptor: _____

Políticas de Oficina

Garantimos nuestro trabajo de ser sin errores de técnicas y materiales. Reemplazaremos nuestro trabajo gratis **si mantiene las limpiezas y completa todo el tratamiento.**

Política de privacidad

Estamos comprometidos a mantener toda su información como privado y no discutir o compartir información personal con excepción de los autorizados por usted. Botamos adecuadamente todos los documentos que tienen toda la información personal sobre ellos. Su dirección de correo electrónico se mantiene como privado. Estamos totalmente dispuestos a cumplir con todas las disposiciones de la HIPAA (*Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996*).

Consentimiento a los procedimientos

Usted autoriza al doctor Robert M. Baird, Nathan C. Johnson o Brad N. Strong y / o el personal en Aspen Family dental para llevar a cabo los procedimientos acordados y en el nivel de atención en usted (o en su solicitud, a su menor hijo o pupilo). Nos comprometemos a informarle a usted acerca de todos los procedimientos. Le animamos a preguntar diligentemente con nosotros si tiene alguna pregunta acerca de los procedimientos o su necesidad; queremos que usted este completamente cómodo durante todo el proceso.

Política de pago

Usted se compromete a ser responsable de su propio proyecto de ley dental. Haremos todo lo posible para ayudar a su proyecto de ley de seguros, pero usted es responsable si no cubren los servicios prestados.

● **Todos los copagos (o total de la cuota para los clientes sin seguro) tienen que ser pagados en el momento del servicio.**

● Usted recibirá un 10% de descuento si usted paga su parte de **todo** el plan de tratamiento antes de empezar el tratamiento, y después del examen comprensivo.

● Se acepta efectivo, tarjetas de crédito, y cheques.

● Ofrecemos 0% de interés durante 12 meses de financiación por medio de Care Credit.

● **Se cobran \$40 por todas las citas perdidas, sin hacernos saber con 48 horas antes da la cita o si no puede pagar al tiempo de servicio.**

Esta despuesto a pagar por su cuenta y todos los precios, incluyendo multas por retraso y 35% para colecciones sobre la cuenta, y pagar por todos los precios de procuradores y las tasas judiciales.

Firma : _____ Fecha : _____ Relación con el Paciente: _____

Historia de Salud

Sí No

1. ¿Ha sido usted objeto de atención médica o algún problema de salud en los últimos años? Si la respuesta es sí, explique: _____

2. Nombre o liste el propósito de cualquier medicamento que tome actualmente. _____

3. Tiene alergias? Latex, Antibióticos, Metal, Anestesia local, Otros (*explique*) _____

4. (*Mujer*) ¿Está usted embarazada o tratando de quedar embarazada?

5. ¿Tiene algún dolor ahora? _____

6. ¿El tratamiento dental lo hace a usted nervioso?

7. ¿Está interesado en los procedimientos cosméticos (*blanqueado*)?

8. ¿Está interesado en Braces o Invisalign (*adultos y jóvenes*)?

9. ¿Quiere los dientes que falten sean sustituidos?

10. ¿Cuándo fue su última visita dental? _____

11. Otra información que el dentista debe saber _____

¿Tiene o ha tenido usted alguno de los siguientes?

Sí No

Problemas del corazón _____

Trastornos de la sangre _____

Presión alta

Angina / Dolor en el pecho

Ataque al corazón (*¿cuándo?*) _____

Paro cardíaco (*cuando?*) _____

Requiere antibióticos antes del tratamiento dental?

Fiebre reumática

Válvulas cardíacas artificiales

Marcapasos

Articulaciones artificiales (*¿dónde?*) _____

Se hace moretones fácilmente

Hepatitis o enfermedad del hígado
Tipo? _____

Sí No

VIH o el SIDA

Cáncer (*tipo?*) _____

Asma (*último ataque?*) _____

Diabetes (*tipo?*) _____

Tuberculosis (*¿cuándo?*) _____

Tratamiento psiquiátrico _____

Enfermedad de Riñón

Desmayos o Convulsiones

Artritis (*tipo?*) _____

Productos de tabaco _____

Alcohol (*¿con qué frecuencia?*) _____

Drogas de recreo (*i.e. narcóticos*)

Toma medicamentos para la osteoporosis? _____

Ruido en su mandíbula

Boca seca, típico con medicamentos

Otro, _____

Por lo presente certifico que mis respuestas a las preguntas son exactas. Dado que un cambio en mis condiciones médicas o medicamentos pueden afectar el tratamiento odontológico, estoy de acuerdo en asumir la responsabilidad de notificar al dentista de cualquier cambio en cualquier subsiguiente nombramiento.

Firma _____ Fecha _____

(Paciente, guardián o agente oficial legales de paciente)

Opcion de Pagos

Por favor sepa que este es solo un estimado. Con la cobertura de su seguro el estimado puede ser inferior o el trabajo necesario puede cambiar. **Por favor, no sienta presión para programar el trabajo hasta que esté listo para que se realice.**

Por favor escoja una de las siguientes,

_____ Pagaré toda mi porcion **antes de comenzar** cada visita. (*Éste es la opción elegido si ésta forma no esta firmada*).

_____ Quiero hacer los pagos sin interés a carecredit (3, 6, o 12 meses; *ésta opción tiene que ser aprobado antes que la primera visita*).

_____ Quiero un 10% de descuento adicional por pagar por todos los trabajos antes de comenzar. (*Solamente para planes de tratamiento más que \$1000. Tiene que pagar por **todo** el plan de tratamiento antes de empezarlo y despues del examen comprensivo, para recibir el descuento.*)

Al firmar abajo, estoy de acuerdo:

- A pagar de acuerdo a la opción de pago elegido anteriormente,
- A pagar **\$40 por cualquier cita perdida sin cambiarla 48 horas antes**, y
- **Pagar cualquier cuenta retrasada si es aplicable.**

Firma de paciente o guardian

Fecha

1392 W. Turf Farm Way, Suite #1, Payson, UT 84651
(801) 465-4490 Fax: (801) 465-4259
info@AspenFamilyDental.com www.AspenFamilyDental.com

ASPEN  FAMILY
D E N T A L